

平成25年度

自己評価及び外部評価結果

【事業所概要（事業所記入）】

事業所番号	1472602745	事業の開始年月日	平成17年3月1日
		指定年月日	平成23年3月1日
法人名	医療法人社団 珠泉会		
事業所名	グループホーム オカリナ		
所在地	(〒252-0241) 神奈川県相模原市中央区横山台2-5-1門倉センタービル3階		
サービス種別 定員等	小規模多機能型居宅介護	登録定員	名
		通い定員	名
		宿泊定員	名
	認知症対応型共同生活介護	定員計	18名
		工外数	2工外
自己評価作成日	平成25年9月10日	評価結果 市町村受理日	平成26年3月18日

事業所の基本情報は、介護サービス情報の公表制度のホームページで閲覧してください。

基本情報リンク先	
----------	--

【事業所が特に力を入れている点・アピールしたい点（事業所記入）】

<p>日々の生活に笑顔があるように利用者個々の生活歴を大切に、意向の添えるように努め、寄り添うケアを行う事で穏やかな生活が送れるように支援している。</p> <p>高齢や認知症の進行に伴い身体機能が低下していく中で、その人らしい生活を送るにはどうしたら良いのか日々模索しながらケアに努めている。又重度化している中で緊急時の対応についても理解し情報を共有しながら迅速な対応ができるようにしている。</p> <p>ご家族・利用者から何でも相談できるような環境作りに努めている。またご家族とは連絡を密に取り信頼関係を構築している。</p>
--

【評価機関概要（評価機関記入）】

評価機関名	公益社団法人 かながわ福祉サービス振興会		
所在地	横浜市中区本町2丁目-10番地 横浜大栄ビル8F		
訪問調査日	平成25年10月16日	評価機関 評価決定日	平成26年1月30日

【外部評価で確認した事業所の優れている点・工夫点（評価機関記入）】

<p>【事業所の概要】 グループホームオカリナは、JR横浜線相模原駅よりバスで6分、最寄のバス停から徒歩1分ほどの7階建ビルの3階にある。同階に協力医療機関であるクリニック、1階には大型スーパーマーケットがある。また4階から7階までは、他法人が運営するサービス付き高齢者向け住宅となっている。スタッフルームを隔て、各ユニットの玄関が別々になっており、広々とした談話コーナー、リビングルーム、キッチンが続いている。一直線の廊下は、車いすと、人がゆったりすれ違える広さが確保され、歩行訓練にも対応できる。居室は15.6㎡と広く、ゆとりのある空間となっている。運営母体の医療法人社団は、医療機関のほか、介護老人保健施設、訪問介護事業所を初めとする様々な、介護事業を展開している。</p> <p>【有資格者による計画に基づいた質の高いケア】 ICFモデルを基本としたアセスメントを中心に、3ヶ月に1回介護計画書の見直しを実施している。介護職員が記載する介護記録は、計画書の課題番号に関連づけて記述しており、支援内容の記載、モニタリング、計画書の評価に至るまで、自然に行えるよう工夫されている。介護職員は常勤者が多く、そのほとんどが介護福祉士の資格を有している。介護計画書は、介護職員を中心に、計画作成担当者、非常勤看護師が加わり、それぞれ専門職の立場で意見交換し作成している。利用者、家族の要望も、見直し時期に合わせ、その都度聴取している。また利用者個々の状態に応じ、食事、排泄、外出など、細かく計画書に、位置づけている。受診記録、病状の説明などは、必要に応じ、看護師が直接家族に説明するなど、役割分担も明確になっている。介護計画書の家族への説明時は、必ずホームへ来所してもらい、同意を得た上で、交付している。 重度化、ターミナルにおける介護計画書は、さらに見直しを短期とし、家族とのコミュニケーションを重視し、その都度意向の確認をしながら、利用者の支援を図っている。</p>
--

【地域密着型サービスの外部評価項目の構成】

評価項目の領域	自己評価項目	外部評価項目
理念に基づく運営	1 ~ 14	1 ~ 7
安心と信頼に向けた関係づくりと支援	15 ~ 22	8
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント	23 ~ 35	9 ~ 13
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援	36 ~ 55	14 ~ 20
アウトカム項目	56 ~ 68	

事業所名	グループホーム オカリナ
ユニット名	パンジー

アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23,24,25)	○	1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらい 3, 利用者の1/3くらい 4, ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18,38)	○	1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3, たまにある 4, ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目：36,37)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30,31)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9,10,19)	○	1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3, 家族の1/3くらいと 4, ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9,10,19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3, たまに 4, ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)	○	1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3, あまり増えていない 4, 全くいない
66	職員は、生き活きと働いている。 (参考項目：11,12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3, 職員の1/3くらいが 4, ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3, 利用者の1/3くらいが 4, ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。	○	1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3, 家族等の1/3くらいが 4, ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
理念に基づく運営					
1	1	理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念をホームの見やすい位置に掲示し、日々のサービスで大切な事を意識してミーティングをしている。職員全員が発言しやすい雰囲気作りをしている。	法人の理念の下、ユニットごとに独自理念を掲げている。年1回理念についての勉強会を開催し、職員間の共有を図り、利用者の地域生活の継続支援に結び付けている。	
2	2	事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	月1回、ボランティアによる生き生きサロン・カラオケ大会、又週1回のレク支援で地域の方々と交流を図っている。近隣のグループホームの納涼祭や自治会の行事にも参加している。	計画的に地域交流の推進を図り、自治会主催のどんど焼き、夏祭りなどに参加している。また老人会による「生き生きサロン」、ボランティアによる「カラオケ大会」が定期的に事業所で開催され、利用者を楽しませている。個人ボランティアの来訪も週1回ある。近隣高校の実習生の受け入れを行っている。	
3		事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	横山地域包括センター主催のケア会議に出席、又相模原GH連絡会に参加し、意見交換を行なっている。		
4	3	運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取り組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	2か月に1回運営推進会議を開催、意見交換を行なう事でサービスの向上に努めている。	民生委員、地域包括支援センター職員、利用者家族、他グループホーム管理者、非常勤看護師、事業所管理者参加の下、2ヶ月に1回開催している。事業所の運営、活動、事故報告のほか、外部評価の結果もこの場で報告、討議されている。	計画的な地域交流推進の成果が上がっていますが、当事業所がビルの中にあるという条件などを考慮し、運営推進会議に新たな地域代表メンバーを加えるなどして、地域、事業所相互の情報発信の場となるよう、さらなる会議の充実を期待します。
5	4	市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くように取り組んでいる	市町村との連携を密に取り、市町村事業を積極的に受け入れている。	相模原市グループホーム連絡会に参加し交流を深めている。要介護認定更新申請代行の機会や運営推進会議議事録の持参の際に、市の担当者との情報交換している。県認知症高齢者グループホーム協議会の研修に参加している。生活保護のケースワーカーとは必要に応じ、打ち合せ機会を設けている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	身体拘束を行わないケアを職員は認識している。認知症の進行により行動障害が悪化したケアの方法は職員間で検討を行い身体拘束のないケアを実践している。居室には鍵はなく、夜間は防犯上玄関に施錠を行っている。	身体拘束は原則しないことを利用契約書に明記し、実践している。身体拘束に関する研修は、スタッフがまとめた資料をもとに言葉遣いなども含め、定期的に行っている。玄関は日中施錠していない。	
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見過ごされることがないように注意を払い、防止に努めている	関連法について学べるように資料作成、いつでも学べるようにしている。入居者に外傷を発見した場合はアクシデントレポートを作成し再発防止を図ると共に家族に報告を行っている。		
8		権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	勉強会を開催して制度理解を図っている。必要な方には支援している。現在1名が制度を活用している。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居時・更新時に説明を行い、署名・捺印をいただいている。		
10	6	運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	電話や面会時に遠慮なく希望・要望を言いやすい環境作りをしている。又苦情窓口をグループホーム玄関に掲示し、苦情が発生した場合は苦情対応手順に従い対応している。	家族の来訪時には、積極的に声を掛け要望を引き出している。年1回、家族会を開催し、意見、要望を聞いている。介護計画書見直しの折に、利用者個々に関する要望を家族から聴取し、計画書に反映している。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	管理者は随時職員から意見・要望の聞き取りを行っている。各ユニットのミーティングに参加し情報収集や意見交換を行なっている。	月1回のミーティングで、要望、意見を聴取し業務に反映している。また日頃から気楽に相談できる雰囲気作りをし意見、提案を聞いている。職員の意見により、調理器具の購入、衛生用品の購入ルートの変更などが行われた。管理者、職員面談が定期的に行われている。	
12		就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	介護福祉士・ケアマネジャー資格に向けたアドバイスを行っている。報酬改定・社会情勢で必要な知識に情報提供・勉強会を行っている。		
13		職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	研修は本人の希望・管理者からの参加指示を受けながら日常のケアに必要な知識・技術取得の為に参加している。参加後は報告書を提出し回覧・自己学習を行っている。		
14		同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	研修・講習・交流会等の外部の方と交流する機会がある。又参考になるケア方針等を取り入れている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録している。		
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録している。必要時には電話で気軽に相談できる環境を作っている。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人・家族・関係者から情報を頂き、管理者・計画作成担当者で見極めを行う。必要に応じて在宅生活・介護老人保健施設・高齢者住宅等の情報提供を行い本人・家族に選択して頂く。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	入居者と共に作業・活動を行う事により喜びや楽しみを分かち合い、役割分担を担っていただく事によって、生活の活力に繋げられる様に支援している。		
19		本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	家族と面接時や電話で情報交換を密に行ない、本人・家族の希望、要望を聞き、必要時には話し合いの場を作り一緒に支えている関係を築いている。又、行事参加等積極的に声かけを行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
20	8	馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	周囲の人達と関係が途切れない様に電話や手紙の支援を行っている。	友人の来訪を受け、居室や談話コーナーにお茶を出し、歓迎している。友人との外食、美容院への外出、家族との外泊なども行われている。退職した職員と文通している利用者がいる。電話の取り次ぎ、手紙、年賀状の支援も行われている。	
21		利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	個々の関係を把握し、良好な交流ができる様に座席の配置を変えたり、個々が助け合える様に支援を行っている。		
22		関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	関連機関に退所された方は、その後の様子や面会に行っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	日常的に職員と共有の場を設定して本人の要望を引き出す様に努めている。困難な場合は行動や言動から汲みとっている。	日常の会話の中で「食べたい、行きたい」などの利用者の具体的希望を把握し、出来るだけ沿えるように努めている。意向を表すことが困難な利用者については、簡単な問い掛けを心掛け、表情から読み取るなど意向の把握に努めている。	
24		これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人・家族から生活歴等の情報を提供して頂き、回想法を用いて個性の把握に努めている。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ケアプラン・アセスメントで把握している。様々な観点から本人の状態に合わせ、個別対応を行っている。		
26	10	チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	本人家族の要望を聞き、職員全員でアセスメントを行いICFの視点でケース検討・ケアプランを作成し、3ヶ月毎に計画の見直しを行っている。状態変化により計画が本人に適さないと判断した時には、期間途中でもプラン変更を行っている。	通常3ヶ月に1回の介護計画の見直しを実施している。状態に変化が生じた場合は都度の見直しを実施している。日々のモニタリング、アセスメントを反映させると共に、家族の意向、主治医の指示、意見を取り入れた包括的な介護計画としている。	
27		個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	毎日ケアプラン評価を行っている。連絡ノート・カンファレンス記録等も活用し情報を共有し必要時にはカンファレンスを行っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
28		一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	状態変化や本人・家族の希望に応じて支援している。		
29		地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	民生委員・地域包括支援センターの職員が2ヶ月に1度グループホームに來設している。必要に応じて情報交換を行い、協働している。年1回消防署と合同訓練を実施している。		
30	11	かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	月一回かかりつけ医を受診している。体調不良時は随時受診している。本人が動けない場合はかかりつけ医がグループホームに往診に來ている。	利用者全員が、ビル内同フロアにある協力医療機関の内科医を主治医としている。月1回同医師に受診している。また必要に応じ、同医師の往診がある。非常勤看護師が週1回来訪し、健康管理をしている。同看護師とは24時間連絡可能な体制ができています。訪問歯科医が週1回訪問している。	
31		看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	看護師の資格を持った者が非常勤職員であり適時グループホームに來て利用者の健康管理を行っている。体調不良時には報告し指示を受けている。通常24時間連絡が取れる体制である。		
32		入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	極力入院しない方向で支援している。入院した場合は家族に状態確認を行うと共に主治医と相談して早期退院に向け支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
33	12	重度化や終末期に向けた方針の共有と支援 重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる	グループホームで可能な限り対応を行っている。医師・家族と相談し家族全員の同意の下に本人が一番望ましい環境を支援している。必要に応じて病院・介護老人保健施設への支援も行う。	入居契約時に、「重度化した場合の対応に関する指針」を取り交わし、方針を共有している。医師がターミナルと判断した場合は、医師、看護師を交え、段階的に家族の意向を確認しながら支援している。当事業所での看取りが数例ある。	
34		急変や事故発生時の備え 利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている	マニュアルを作成している。職員の力量に応じて看護師が指導している。緊急時には看護師に24時間体制で報告を行う。		
35	13	災害対策 火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている	定期的に非難訓練を実施。マニュアルの作成。非常食の食品・備品を準備している。	年4回の避難訓練を実施している。内1回は消防署指導の下、ビルテナント合同での訓練を行っている。夜間想定での訓練も実施している。事例を挙げての研修も行っている。非常食、飲料水などの備蓄がある。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	個々の人格を尊重し、プライドを傷つけない様に認知症の行動障害に対応している。	利用者の人格を尊重し、節度を守りながら、親しみのある声かけをしている。トイレはドアの内側にカーテンを設け2重の仕切りになっている。接遇、個人情報保護の研修を実施している。	
37		利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	食べたい物・やりたい事・行きたい場所を日頃からのコミュニケーションから聞き出し、自己決定できるように声かけて、作業・活動を行っている。		
38		日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切に、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	食事・外食等の希望や要望を聞きだす様に努め、希望の添えるように支援している。又、時間の概念のない利用者には本人の負担にならない程度に生活リズムを作り支援している。		
39		身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	自己決定できる方は本人の希望を取り入れ、洋服を選んでもらっている。定期的に訪問理美容を利用している。		
40	15	食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員が一緒に準備や食事、片付けをしている	食べたいメニューを取り入れたり簡単な家事活動を行っている。又、好き嫌いのある方は個別に対応している。職員も同じ食事を利用者の間に入り一緒に食べている。	利用者は盛り付け、配膳、下膳など出来る範囲で手伝っている。包丁を使用し、調理をする利用者もいる。職員も利用者と同じテーブルに付き、同じものを食べている。外食、仕出し弁当の利用も行われている。	

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎日の献立・摂取量は個々に記録し、摂取量や嗜好を把握してバランス良く摂取できる様になっている。食事・水分摂取も個別に対応している。		
42		口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	口腔ケアの重要性を理解して、毎食後に口腔ケアの声かけを行っている。年2回の歯科検診を行っている。		
43	16	排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	個々の排泄パターンに合わせてトイレ誘導を行っている。又、排泄状況に応じた用具を選定している。	排泄、水分摂取チェック表でパターンを把握し、トイレ誘導を行っている。夜間にオムツの必要な利用者は定期的にチェックし、清潔保持に努めている。必要に応じて介護計画書に排泄ケアを位置づけている。	
44		便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分摂取・適度な運動を心掛けている。食事も繊維質の多い物を考慮している。		
45	17	入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しめるように、職員の都合で曜日や時間帯を決めてしまわずに、個々に応じた入浴の支援をしている	極力本人の希望に応じて支援している。	入浴は原則として週2回、午後の時間帯で行っているが、回数、時間帯は希望により柔軟に対応している。菖蒲湯、柚子湯、入浴剤などで季節感を演出し、入浴を楽しめるよう工夫をしている。	

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	夜間良眠出来る様に日中の活動量を確保する。又、個々の健康状態・身体能力に応じて休息が必要な方は臥床時間を設けている。		
47		服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	内服している薬の一覧表を見て、作用・副作用について理解している。内服確認したら処方箋に印鑑を押している。症状変化時には医師に相談し指示を受ける。		
48		役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	個々の生活歴の中から得意分野のある方は積極的に作業を行ってもらっている。外出等の行事を行い気分転換を図っている。		
49	18	日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけるように支援している	季節感を味わえる様に企画を行い外出している。歩行不安定な方も車椅子にて積極的に外出できる様に支援している。	1階のスーパーマーケットへの買物、近隣公園への散歩を日課としている。利用者の希望により、職員、家族と外食することもある。初詣、お花見などの行事、法人主催の1泊旅行などの企画もある。	
50		お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	本人の能力に応じて買い物時の支払い・レシート・つり銭等の受け取りを行ってもらう。本人が欲しい物がある時には、買い物に付き添い支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	手紙等自由に出せるように支援している。		
52	19	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	家具の配置・季節の飾り付け等、家庭的な雰囲気が持てる様になっている。	玄関、談話コーナーの壁に、利用者と職員で作った折り紙の花の飾りやパッチワークの作品が飾られている。台所は、対面式のアイランドキッチンで、調理台を真ん中にしてテーブルがエル字型に組み込まれており、職員が作業をしながら、利用者の様子を見ることが出来る。	
53		共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	談話コーナーや共用部分を自由に使える。		
54	20	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのものを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	自宅で使い慣れた家具・小物を持ち込んでいる。在宅からの持込の際には衛生面にも注意して疥癬等の感染症に注意して消毒している。長期間着用していない衣類は洗濯して熱処理をしてから使用している。	居室は15.6㎡と広く、ゆとりのある空間となっている。使い慣れたベッド、タンス、冷蔵庫、好みの椅子などを持ち込み、家族の写真、手づくりの作品、縫いぐるみを飾り、居心地良く過ごせるようにしている。	
55		一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している	移動スペースには手すりを設置し移動の妨げにならない様に環境整備を行っている。個々の能力に配慮して、目印・トイレ・浴室は表示し居室には表札を付けている。		

事業所名	グループホーム オカリナ
ユニット名	マハロ

アウトカム項目			
56	職員は、利用者の思いや願い、暮らし方の意向を掴んでいる。 (参考項目：23,24,25)		1, ほぼ全ての利用者の 2, 利用者の2/3くらいの 3. 利用者の1/3くらいの 4. ほとんど掴んでいない
57	利用者と職員が一緒にゆったりと過ごす場面がある。 (参考項目：18,38)		1, 毎日ある 2, 数日に1回程度ある 3. たまにある 4. ほとんどない
58	利用者は、一人ひとりのペースで暮らしている。 (参考項目：38)		1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
59	利用者は、職員が支援することで生き生きとした表情や姿がみられている (参考項目：36,37)		1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
60	利用者は、戸外の行きたいところへ出かけている (参考項目：49)	○	1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
61	利用者は、健康管理や医療面、安全面で不安なく過ごせている。 (参考項目：30,31)		1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
62	利用者は、その時々状況や要望に応じた柔軟な支援により、安心して暮らせている。 (参考項目：28)		1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない

63	職員は、家族が困っていること、不安なこと、求めていることをよく聴いており、信頼関係ができています。 (参考項目：9,10,19)		1, ほぼ全ての家族と 2, 家族の2/3くらいと 3. 家族の1/3くらいと 4. ほとんどできていない
64	通いの場やグループホームに馴染みの人や地域の人々が訪ねて来ている。 (参考項目：9,10,19)	○	1, ほぼ毎日のように 2, 数日に1回程度ある 3. たまに 4. ほとんどない
65	運営推進会議を通して、地域住民や地元の関係者とのつながりの拡がりや深まりがあり、事業所の理解者や応援者が増えている。 (参考項目：4)		1, 大いに増えている 2, 少しずつ増えている 3. あまり増えていない 4. 全くいない
66	職員は、生き活きと働けている。 (参考項目：11,12)	○	1, ほぼ全ての職員が 2, 職員の2/3くらいが 3. 職員の1/3くらいが 4. ほとんどいない
67	職員から見て、利用者はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての利用者が 2, 利用者の2/3くらいが 3. 利用者の1/3くらいが 4. ほとんどいない
68	職員から見て、利用者の家族等はサービスにおおむね満足していると思う。		1, ほぼ全ての家族等が 2, 家族等の2/3くらいが 3. 家族等の1/3くらいが 4. ほとんどいない

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
理念に基づく運営					
1	1	理念の共有と実践 地域密着型サービスの意義を踏まえた事業所理念をつくり、管理者と職員は、その理念を共有して実践につなげている	理念はスタッフ室及びユニット玄関に掲示し、会議や3ヶ月ごとに行うカンファレンスで理念の実践に向けて話し合い、利用者個々の思いやペースに合わせた生活の支援に努めている。		
2	2	事業所と地域とのつきあい 利用者が地域とつながりながら暮らし続けられるよう、事業所自体が地域の一員として日常的に交流している	地域の社会福祉協議会「いきいきサロン」やカラオケボランティアの実施、又地域行事にも積極的に参加し地域の方々との交流を図っている。		
3		事業所の力を活かした地域貢献 事業所は、実践を通じて積み上げている認知症の人の理解や支援の方法を、地域の人々に向けて活かしている	横山地域包括センター主催のケア会議に出席、また相模原のグループホーム連絡会に参加し、意見交換を行っている。		
4	3	運営推進会議を活かした取組み 運営推進会議では、利用者やサービスの実際、評価への取組み状況等について報告や話し合いを行い、そこでの意見をサービス向上に活かしている	運営推進会議年間計画を立案し実施後は議事録を作成し職員に報告している。		
5	4	市町村との連携 市町村担当者と日頃から連絡を密に取り、事業所の実情やケアサービスの取組みを積極的に伝えながら、協力関係を築くよう取り組んでいる	横山地域包括センターと情報交換を行うと共に行き来している。必要時には相模原介護保険課にサービスについて確認を行う。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
6	5	身体拘束をしないケアの実践 代表者及び全ての職員が「指定地域密着型サービス指定基準及び指定地域密着型介護予防サービス指定基準における禁止の対象となる具体的な行為」を正しく理解しており、玄関の施錠を含めて身体拘束をしないケアに取り組んでいる	職員は身体拘束の関する勉強会を行っている。認知症進行により行動障害が悪化した場合のケア方法は職員でケアの工夫を行い身体拘束をしないケアに取り組んでいる。現在拘束は行っていない。		
7		虐待の防止の徹底 管理者や職員は、高齢者虐待防止法等について学ぶ機会を持ち、利用者の自宅や事業所内での虐待が見 overs されることのないよう注意を払い、防止に努めている	関連法について学べるように資料を作成し、いつでも学べるようにしている。利用者に外傷を発見した場合はアクシデントレポートを作成し再発防止を図ると共に家族に報告している。		
8		権利擁護に関する制度の理解と活用 管理者や職員は、日常生活自立支援事業や成年後見制度について学ぶ機会を持ち、個々の必要性を関係者と話し合い、それらを活用できるよう支援している	勉強会を行い制度理解を図っている。必要な方には支援を行っている。現在2名の方が制度を活用している。		
9		契約に関する説明と納得 契約の締結、解約又は改定等の際は、利用者や家族等の不安や疑問点を尋ね、十分な説明を行い理解・納得を図っている	入居及び更新時に説明を行い署名・捺印を頂いている。		
10	6	運営に関する利用者、家族等意見の反映 利用者や家族等が意見、要望を管理者や職員並びに外部者へ表せる機会を設け、それらを運営に反映させている	面会時、希望や要望を伺いながら確認を行っている。また契約書・ホーム玄関に苦情窓口を掲示し、苦情が発生した場合は苦情対応手順に従い対応を行っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
11	7	運営に関する職員意見の反映 代表者や管理者は、運営に関する職員の意見や提案を聞く機会を設け、反映させている	管理者は随時職員から意見・要望の聞き取りを行っている。日報・ミーティング議事録などからも情報収集を行っている。		
12		就業環境の整備 代表者は、管理者や職員個々の努力や実績、勤務状況を把握し、給与水準、労働時間、やりがいなど、各自が向上心を持って働けるよう職場環境・条件の整備に努めている	介護福祉士・ケアマネージャー資格取得に向けたアドバイスを行っている。情報改定・社会情勢で必要な知識の情報提供・勉強会を行っている。		
13		職員を育てる取組み 代表者は、管理者や職員一人ひとりのケアの実際と力量を把握し、法人内外の研修を受ける機会の確保や、働きながらトレーニングしていくことを進めている	外部研修に参加。参加者は報告書を提出し、回覧して自己学習を行うと共にミーティング時にも報告し職員全員で学べるようにしている。ケアプラン立案に関しては、個々の職員の能力に応じて育成する。		
14		同業者との交流を通じた向上 代表者は、管理者や職員が同業者と交流する機会をつくり、ネットワークづくりや勉強会、相互訪問等の活動を通じて、サービスの質を向上させていく取組みをしている	研修・講習などで外部の方々との交流する機会があり、参考になるケア方針を取り入れている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
安心と信頼に向けた関係づくりと支援					
15		初期に築く本人との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、本人が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、本人の安心を確保するための関係づくりに努めている	入居相談時に聴取している。相談受付表・アセスメント表に記録する。		
16		初期に築く家族等との信頼関係 サービスの利用を開始する段階で、家族等が困っていること、不安なこと、要望等に耳を傾けながら、関係づくりに努めている	入居相談時に聴取している。不安な事等柔軟に対応出来る様にしている。		
17		初期対応の見極めと支援 サービスの利用を開始する段階で、本人と家族等が「その時」まず必要としている支援を見極め、他のサービス利用も含めた対応に努めている	本人・家族・関係機関から情報提供をして頂き、管理者・計画作成担当者で見極めを行う。必要に応じて在宅生活・介護老人保健施設等の情報提供をしていく。		
18		本人と共に過ごし支え合う関係 職員は、本人を介護される一方の立場に置かず、暮らしを共にする者同士の関係を築いている	本人の意向を確認し共に活動を行う。役割分担を担って頂く事により、生活の活力を引き出し、役割を果たして頂いた時には感謝の言葉をかけている。		
19		本人と共に支え合う家族との関係 職員は、家族を支援される一方の立場に置かず、本人と家族の絆を大切にしながら、共に本人を支えていく関係を築いている	面会時や行事の時の来設時には情報交換を行い、必要に応じて職員が本人・家族の間に入り関係構築を行っている。また行事参加など積極的に声がけを行っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
20	8	馴染みの人や場との関係継続の支援 本人がこれまで大切にしてきた馴染みの人や場所との関係が途切れないよう、支援に努めている	友人の面会や手紙等が届いた時には、お礼の返信を支援したり、会話の中で話題に出た時等電話を掛ける支援を行っている。又、退職した職員と文通を行う等で楽しみが持てる様支援も行っている。		
21		利用者同士の関係の支援 利用者同士の関係を把握し、一人ひとりが孤立せずに利用者同士が関わり合い、支え合えるような支援に努めている	個々の関係を把握して食席等を決めている。又個々が助け合える様に支援している。自由に交流出来る様、利用者同士が居室訪問できる様見守りしている。		
22		関係を断ち切らない取組み サービス利用（契約）が終了しても、これまでの関係性を大切にしながら、必要に応じて本人・家族の経過をフォローし、相談や支援に努めている	他施設とも情報交換を行い、家族とも相談し本人にとって混乱の少ない状況を想定してスタッフが統一したケアサービスを行っている。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるためのケアマネジメント					
23	9	思いや意向の把握 一人ひとりの思いや暮らし方の希望、意向の把握に努めている。困難な場合は、本人本位に検討している。	入浴・食事・外出等希望を聞いている。また本人の希望や要望を聞き出す努力に努めている。		
24		これまでの暮らしの把握 一人ひとりの生活歴や馴染みの暮らし方、生活環境、これまでのサービス利用の経過等の把握に努めている	本人・家族からヒアリングしている。サマリーなどから情報提供を受け把握し、また回想法等を用い個性の把握に努めている。		
25		暮らしの現状の把握 一人ひとりの一日の過ごし方、心身状態、有する力等の現状の把握に努めている	ケアプラン・アセスメントで把握している。また本人の状況に合わせて個別対応をしている。		
26	10	チームでつくる介護計画とモニタリング 本人がより良く暮らすための課題とケアのあり方について、本人、家族、必要な関係者と話し合い、それぞれの意見やアイデアを反映し、現状に即した介護計画を作成している	スタッフ全員でアセスメントを行い本人・家族のニーズをICFの視点でケース検討・ケアプランの作成をし3ヶ月毎に計画の見直しを行っている。状態変化により計画が本人に適さないと判断した時には期間途中でもプラン変更を行う。		
27		個別の記録と実践への反映 日々の様子やケアの実践・結果、気づきや工夫を個別記録に記入し、職員間で情報を共有しながら実践や介護計画の見直しに活かしている	ケース記録に様子・ケアプラン評価を記入している。連絡ノートも活用、情報を共有し記録は次回プラン作成時に活用している。また勉強会及び利用者のカンファレンスを行いプラン作成時に活用している		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
28		一人ひとりを支えるための事業所の多機能化 本人や家族の状況、その時々生まれるニーズに対応して、既存のサービスに捉われない、柔軟な支援やサービスの多機能化に取り組んでいる	状態の変化や本人・家族の希望に応じて、介護老人保健施設等の支援を行っている。		
29		地域資源との協働 一人ひとりの暮らしを支えている地域資源を把握し、本人が心身の力を発揮しながら安全で豊かな暮らしを楽しむことができるよう支援している	民生委員・横山地域包括センター職員が2ヶ月に1回ホームに来設している。必要に応じて情報交換を行い協働している。年1回消防署と合同で訓練を実施。		
30	11	かかりつけ医の受診支援 受診は、本人及び家族等の希望を大切に、納得が得られたかかりつけ医と事業所の関係を築きながら、適切な医療を受けられるように支援している	月1回かかりつけ医を受診している。体調不良時には随時受診している。本人が動けない時には、かかりつけ医が往診にきている。		
31		看護職員との協働 介護職員は、日常の関わりの中でとらえた情報や気づきを、職場内の看護職員や訪問看護師等に伝えて相談し、個々の利用者が適切な受診や看護を受けられるように支援している	非常勤看護師が健康管理を行うと共に、急な体調変化時は24時間体制で報告を行っている。		
32		入退院時の医療機関との協働 利用者が入院した際、安心して治療できるように、また、できるだけ早期に退院できるように、病院関係者との情報交換や相談に努めている。又は、そうした場合に備えて病院関係者との関係づくりを行っている。	極力入院しない方向で支援している。入院をした場合は家族に状態確認を行うと共に主治医と相談して早期退院に向けて支援している。		

自己評価	外部評価	項 目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
33	12	<p>重度化や終末期に向けた方針の共有と支援</p> <p>重度化した場合や終末期のあり方について、早い段階から本人・家族等と話し合いを行い、事業所でできることを十分に説明しながら方針を共有し、地域の関係者と共にチームで支援に取り組んでいる</p>	<p>ホームで可能な限り対応を行っている。医師・家族とも相談の上で本人が一番望ましい生活環境の支援を行っている。重度化に関しては書面より同意を得ている。必要に応じて病院・老健も行う。</p>		
34		<p>急変や事故発生時の備え</p> <p>利用者の急変や事故発生時に備えて、全ての職員は応急手当や初期対応の訓練を定期的に行い、実践力を身に付けている</p>	<p>マニュアルを作成している。スタッフの力量に応じて看護師が指導を行っている。緊急時には24時間体制で報告を行っている。</p>		
35	13	<p>災害対策</p> <p>火災や地震、水害等の災害時に、昼夜を問わず利用者が避難できる方法を全職員が身につけるとともに、地域との協力体制を築いている</p>	<p>定期的に避難訓練を行っている。マニュアルを作成している。非常用の食品・備品を準備している。</p>		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
その人らしい暮らしを続けるための日々の支援					
36	14	一人ひとりの人格の尊重とプライバシーの確保 一人ひとりの人格を尊重し、誇りやプライバシーを損ねない言葉かけや対応をしている	個々の人格を尊重しプライドを傷つけない様に認知症の行動障害に対応している。個人情報には鍵のかかる棚に保管し、個人情報で不要となった書類等はシュレッダーにかけ破棄している。		
37		利用者の希望の表出や自己決定の支援 日常生活の中で本人が思いや希望を表したり、自己決定できるように働きかけている	食べたい物・やりたい事・行きたい所等、日常生活の中で聞き出し、自己決定出来るように声がけし作業・活動の場を作っている。		
38		日々のその人らしい暮らし 職員側の決まりや都合を優先するのではなく、一人ひとりのペースを大切にし、その日をどのように過ごしたいか、希望にそって支援している	本人の希望や要望を聞き出す様に努めている。時間の概念のない利用者には本人の負担にならない程度に生活のリズムを作り支援している。		
39		身だしなみやおしゃれの支援 その人らしい身だしなみやおしゃれができるように支援している	本人の希望を取り入れ自分の洋服は選んでもらう。定期的に訪問理美容を利用している。希望によりヘアカラーも行っている。		
40	15	食事を楽しむことのできる支援 食事が楽しみなものになるよう、一人ひとりの好みや力を活かしながら、利用者と職員と一緒に準備や食事、片付けをしている	一緒に食事の準備や片づけを行っている。好き嫌いのある方には個別対応を行っている。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
41		栄養摂取や水分確保の支援 食べる量や栄養バランス、水分量が一日を通じて確保できるよう、一人ひとりの状態や力、習慣に応じた支援をしている	毎食食事チェック表にて摂取量の確認を行う。摂取量が不足している場合には捕食を行う。補助食品を利用したり個々の嗜好を取り入れながら健康状態に応じた対応を行っている。食事・水分形態も個別に対応している。		
42		口腔内の清潔保持 口の中の汚れや臭いが生じないように、毎食後、一人ひとりの口腔状態や本人の力に応じた口腔ケアをしている	口腔ケアの重要性を理解して毎食後義歯の管理・口腔ケアを行っている。自分で行えない方はスタッフが代行し、個々に合った用具で支援している。年2回の歯科検診を行っている。		
43	16	排泄の自立支援 排泄の失敗やおむつの使用を減らし、一人ひとりの力や排泄のパターン、習慣を活かして、トイレでの排泄や排泄の自立に向けた支援を行っている	排泄表から個々の排泄パターンを把握し誘導を行う。また排泄状況に応じた用具を選定している。		
44		便秘の予防と対応 便秘の原因や及ぼす影響を理解し、飲食物の工夫や運動への働きかけ等、個々に応じた予防に取り組んでいる	水分摂取に心がけ、不足がちな方は水分チェックし必要な水分が摂取出来るように支援している。体操などの運動量を確保している毎食の牛乳と繊維質の多い物を考慮している。		
45	17	入浴を楽しむことができる支援 一人ひとりの希望やタイミングに合わせて入浴を楽しむように、職員の都合で曜日や時間帯を決めず、個々に応じた入浴の支援をしている	極力本人の希望に応じて支援している。在宅で夕方入浴していた方は、夕食前後に希望に合わせて支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
46		安眠や休息の支援 一人ひとりの生活習慣やその時々状況に応じて、休息したり、安心して気持ちよく眠れるよう支援している	夜間安眠出来る様に、日中の活動量を確保し、個々の健康状態に応じて、日中の休息が必要な方は臥床時間を設けている。		
47		服薬支援 一人ひとりが使用している薬の目的や副作用、用法や用量について理解しており、服薬の支援と症状の変化の確認に努めている	薬を処方箋を確認して内服をした所まで確認を行う。完了したらチェック表・処方箋にサインをする。利用者の内服している薬の一覧表をカードックスにファイルし常に作用・副作用について理解する。状態変化時は医師に相談し指示を受ける。		
48		役割、楽しみごとの支援 張り合いや喜びのある日々を過ごせるように、一人ひとりの生活歴や力を活かした役割、嗜好品、楽しみごと、気分転換等の支援をしている	調理手伝い・洗濯物干し・畳みなど日課として役割を担ってもらっている。散歩や買い物など外出し気分転換を図っている。喫煙・飲酒も希望があれば、医師と相談し支援している。		
49	18	日常的な外出支援 一人ひとりのその日の希望にそって、戸外に出かけられるよう支援に努めている。また、普段は行けないような場所でも、本人の希望を把握し、家族や地域の人々と協力しながら出かけられるように支援している	希望に応じて近隣散歩や買い物に出かけている。車椅子の方も積極的に散歩に出掛けられる様支援している。家族の協力を得て地域行事への参加、個別又はグループでの外食・花見・初詣など支援している。		
50		お金の所持や使うことの支援 職員は、本人がお金を持つことの大切さを理解しており、一人ひとりの希望や力に応じて、お金を所持したり使えるように支援している	個人金庫に保管・出納帳に記し、入金時に家族に確認して頂きサインしてもらっている。能力に応じ買い物時の支払い・お釣りやレシートの受け取りなど行ってもらう。本人の欲しい物がある時に付き添い自分で買い物したと満足感が得られる様支援している。		

自己評価	外部評価	項目	自己評価	外部評価	
			実施状況	実施状況	次のステップに向けて期待したい内容
51		電話や手紙の支援 家族や大切な人に本人自らが電話をしたり、手紙のやり取りができるように支援をしている	能力に応じて家族の了解の下、居室に電話を設置している。設置していない方がかけたいと希望された場合は職員が支援している。又ホームから家族に連絡する際、利用者にも電話口に出て頂き話す機会を支援している。手紙も本人が出せる様に支援している。		
52	19	居心地のよい共用空間づくり 共用の空間（玄関、廊下、居間、台所、食堂、浴室、トイレ等）が、利用者にとって不快や混乱をまねくような刺激（音、光、色、広さ、温度など）がないように配慮し、生活感や季節感を採り入れて、居心地よく過ごせるような工夫をしている	生活空間の飾り付けは、利用者・スタッフの手作りの作品を飾ったり季節に合わせて工夫している。また消臭にも気を配っている。		
53		共用空間における一人ひとりの居場所づくり 共用空間の中で、独りになれたり、気の合った利用者同士で思い思いに過ごせるような居場所の工夫をしている	談話コーナーや共有部分を自由に使用できる。		
54	20	居心地よく過ごせる居室の配慮 居室あるいは泊まりの部屋は、本人や家族と相談しながら、使い慣れたものや好みのもを活かして、本人が居心地よく過ごせるような工夫をしている	家具は自宅で使い慣れた物を持ち込んで頂き、希望者には仏壇の持ち込みも許可している。又安全に暮らせる様、本人・家族と相談して配置している。道具の持ち込みの際には衛生面も十分注意している。	ゆ	

55		<p>一人ひとりの力を活かした安全な環境づくり 建物内部は一人ひとりの「できること」や「わかること」を活かして、安全かつできるだけ自立した生活が送れるように工夫している</p>	<p>異動スペースには手すりを設置し流し台・洗面台は高齢者に合わせた高さにしてある。トイレ・浴室には表示をし、個々の部屋には表札を掛けている。トイレ・居室までの案内矢印などの工夫も行っている。</p>		
----	--	--	--	--	--

目 標 達 成 計 画

事業所名 グループホーム オカリナ

作成日 H26.3.10

【目標達成計画】

優先順位	項目番号	現状における問題点、課題	目 標	目標達成に向けた具体的な取組み内容	目標達成に要する期間
1		地域交流拡大	地域行事に参加する	・継続して地域行事に参加する ・ボランティア活動を積極的に受け入れる (老人会・地域住民)	1年
2			相模原GH連絡会と連携を図る	・他のGH見学を行いサービス・活動内容を情報収集し 地域交流拡大に向けた取組みを参考にする	1年
3					
4					
5					

注) 項目番号欄には、自己評価項目の番号を記入すること。
注) 項目数が足りない場合は、行を追加すること。